



PERIODO ESCOLAR AGOSTO 24 _ENERO 25

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

SEM: _____ GPO: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE DEL ALUMN _____ NUM. CTRL. _____

NSS: _____ CURP: _____

NUM. DE CEL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR: _____

NUM. DE CEL O CASA: _____

DOMICILIO: _____

PARENTESCO: _____

EN CASO DE CONTAR CON HERMANOS EN EL PLANTEL:

NOMBRE DEL HERMANO: _____

SEM: _____ GPO: _____ ESPECIALIDAD: _____

EL TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO PROPORCIONADO EN LA PRESENTE SOLICITUD SERÁN UTILIZADOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA "BECA DE BIENESTAR BENITO JUÁREZ", **QUEDANDO BAJO SU RESPONSABILIDAD CONSERVAR LOS MISMOS, CON LA FINALIDAD DE EVITAR NO SER BENEFICIADO POR EL PROGRAMA SOCIAL DEL ESTADO**, SIN RESPONSABILIDAD PARA EL PLANTEL. ASIMISMO A TRAVÉS DE LA PRESENTE AUTORIZO AL CBTIS 231 EL USO DE LA IMAGEN Y/O INFORMACIÓN ACADÉMICA PARA REALIZAR DIFUSIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEO DE ACTIVIDADES ESCOLARES DE MI HIJO(A) O TUTORADO; Y ACATAR LOS ACUERDOS DE CONVIVENCIA VIGENTES.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR _____

AREA DE CONTROL ESCOLAR _____

